**FEDERATION DE MOTOCYCLISME DE POLYNESIE FRANCAISE**
**FICHE DE CONTROLE MEDICO-SPORTIF**
**MOTOCROSS – SUPERCROSS – SPEEDWAY - FREESTYLE**

**(Il est obligatoire de joindre cette fiche à votre demande de licence sportive annuelle)**

Nom : …… Prénoms : ……
Date de naissance : …… Taille : …… Poids : ……
Groupe sanguin facteur RH : ……
Adresse : ……
Allergie : ……

Prise de médicaments : NON ☐ OUI ☐
Si OUI, sont-ils dans la liste des produits « dopants » ? NON ☐ OUI ☐

Certaines maladies hemo-cardio-vasculaires (Hémophilie) le diabète (insulino dépendant) l'épilepsie, l'altération de la vision des couleurs, la vision monoculaire, la non intégrité de membres, ainsi que la prise de certains médicaments ou produits répertoriés dans la liste des produits « dopants » son une cause d'incompatibilité éventuelle avec la compétition motocyclisme et doivent être signalés à la Commission médicale qui statuera sur présentation des ordonnances correspondantes en cas de traitement médical.

***APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE :***

Auscultation : …… TA : E.C.G. conseillé tous les ans pour les + 50 ans et/ou F1 – F2

**TEST DE RUFFIER-DICKSON (OBLIGATOIRE)**

| TENSION ARTERIELLE | | CALCUL DE L'INDICE RUFFIER | INDICE | Résultat dans la case correspondante |
|---|---|---|---|---|
| POULS | RESULTATS | $\frac{Po + P1 + P2 - 200}{10}$ | Entre 0 et 5 très bon | |
| Po (au repos) | | | De 5 à 10 bon | |
| P1 (après 30 flexions en 45 sec. environ) | | | De 10 à 15 médiocre | |
| P2 (1 minute après l'exercice) | | | Au dessus de 15 mauvais | |

***APPAREIL RESPIRATOIRE :***

Etat de la cage thoracique : ……Peak Flow : ……
Auscultation : ……

***APPAREIL OSTEO-ARTICULAIRE ET MUSCULAIRE:***

Etat des membres Supérieur Droit :…… Gauche : ……
Inférieur Droit : …… Gauche : ……
Appréciation de la musculature corporelle : …… prothèses éventuelles : ……

***SYSTEME NEUROLOGIQUE :***

Anomalies éventuelles : Parésie……Paralysie : ……

***OPHTALMOLOGIE :***

Port de lunettes ou de lentilles : NON OUI (si port de lentilles, vous devrez être en possession d'une paire de lunettes en cas de perte d'une ou des deux lentilles pendant la manifestation).
Altération de la vision des couleurs, la vision monoculaire : NON OUI

Le Médecin examinateur soussigné constate que (Nom/Prénom) : ……

☐ Ne présente pas de contre indication pour la pratique du sport motocyclisme en COMPETITION

☐ Présente une contre indication médicale et demande l'avis de la Commission Médicale

Fait à …… le ……
**Signature** **Cachet du Médecin (obligatoire)**